



Recebi uma Declaração de Informação da Vacina e compreendo as informações sobre a Gripe (**Influenza**) e a vacina da gripe. Compreendo os benefícios e os riscos da vacina da gripe. Autorizo o meu filho adolescente a receber a vacina:

Escreva os seus Dados Pessoais em Maiúsculas em Baixo:

_____/_____/_____
APELLIDO NOME COMPLETO DATA DE NASCIMENTO: MES/DIA/ANO

MORADA APT # CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL

ESCOLA FREQUENTADA

Escreva os seus Dados Pessoais em Maiúsculas em Baixo:

O SEU N.º DE TELEFONE DURANTE O DIA: _____

ESCREVA O SEU NOME EM MAIÚSCULAS: _____

ASSINATURA DO PAI, MÃE OU TUTOR DATA

Vaccinate
before you
Graduate

Vacina-te Antes de te Graduares